

• 临床实践 •

中毒后癔症样发作 35 例临床分析

Clinical analysis on 35 cases of hysteroid attack manifestations after poisoning

毕玉磊, 胡英华, 冯克玉

BI Yu-lei, HU Ying-hua, FENG Ke-yu

(黑龙江省第二医院, 黑龙江 哈尔滨 150010)

摘要: 总结本院 2004 年 7 月—2011 年 5 月中毒后出现癔症样发作的 35 例临床资料, 分析病因, 总结临床特点及治疗措施, 探讨规范命名等问题。

关键词: 中毒; 癔症样发作

中图分类号: R135.1 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2011)06-0428-03

癔症, 又称歇斯底里 (Hysteria), 是一类由精神因素、内心冲突或情感体验、暗示或自我暗示, 作用于个体引起的精神障碍, 临床表现主要为解离症状和转换症状两种, 包括癔症性感觉障碍和癔症性躯体障碍^[1]。癔症样发作是指类似癔症的短暂精神、意识或运动感觉功能障碍^[2]。近年来偶有中毒后癔症样表现的报道^[2-4]。现总结分析本院 2004 年 7 月—2011 年 5 月 35 例中毒后出现癔症样发作患者的病因、临床特点及治疗措施等。

1 病例资料

1.1 一般资料

35 例患者中男性 3 例、女性 32 例, 年龄 18~52 岁, 平均 38 岁, 其中 80% 的患者为 40 岁左右。毒物来源: 苯系物 16 例, 一氧化碳 6 例, 氨气 6 例, 溴甲烷 2 例, 氯气 2 例, 硫化氢 2 例, 沼气 1 例。以上中毒程度分级为中度中毒 2 例, 轻度中毒 28 例, 接触反应 5 例。

1.2 临床表现

主要为躯体障碍: (1) 以运动障碍为主的有 30 例, 表现为肢体抽搐或全身僵直抖动, 双手呈鸡爪样或过度握拳或五指过度伸张, 伴屏气或过度喘息, 双目紧闭, 部分伴有痛苦呻吟等。(2) 以感觉障碍为主的有 5 例, 表现为头部、颜面、手足麻木, 咽部异物感, 周身游走样疼痛, 周身无力等, 详见表 1。

表 1 35 例患者临床表现

临床表现	例数
肢体抽搐、僵直	24
双手舞动	3
步态僵硬	1
不能行走	2
失语	1
周身麻木无力	7
呼吸困难	2
周身游走疼痛	2

收稿日期: 2011-09-13; 修回日期: 2011-10-24

作者简介: 毕玉磊 (1979—), 男, 主治医师, 硕士在读, 从事职业中毒临床诊疗工作。

1.3 相关检查

血常规 (35 例)、肝功 (35 例)、肾功 (35 例)、心肌酶谱 (35 例) 均未见明显异常; 头 CT 或 MRI (35 例) 未见异常; 心电图 (35 例) 偶发室早 1 例, 窦性心动过速 5 例, II 度 I 型房室传导阻滞 1 例, 余未见异常; 动态心电图 (35 例): 多时段窦性心动过速 24 例; 频发室性早搏 3 例, 偶发室上早搏 22 例, 间断性房室传导阻滞 2 例, 35 例心率变异性分析所检测数据较正常值范围低, 如 SDNN (正常窦性 R—R 间期的总体标准差) 29.52~59.63 ms, SDANN (每 5 min 窦性 R—R 间期均值标准差) 19.82~40.23 ms, rMSSD (正常相邻窦性 R—R 间期差值均方根) 19.64~62.15 ms; 胸片或肺 CT (35 例): 8 例肺纹理增多, 余未见异常; 心脏彩超多普勒超声 (35 例) 未见异常; 脑电图 (24 例): 1 例轻度异常, 未见癫痫波, 余未见异常; 神经-肌电图 (8 例) 未见异常; 腰椎 CT (2 例) 未见异常; 肺功能 (2 例) 未见异常; SCL-35 (症状自评量表 35 简表) 评分 (35 例), 有焦虑状态和/或抑郁状态 32 例。

1.4 诊断依据

有明确的化学物接触史, 并有相应毒物特点的临床症状; 参考《精神病学》癔症诊断标准^[5]; 除外相关器质性疾病和精神疾病。

2 典型病例

某患, 女, 39 岁, 因接触溴甲烷, 出现头晕、头痛、胸闷、心悸、无力、恶心呕吐等症状于 2007 年 7 月 14 日入院。查体: 双肺呼吸音清, 无干湿性啰音, 心音低钝, 律不齐, 可闻早搏 1 次/min。神经系统: 意识清, 能正确回答问题, 四肢肌力正常 5 级, 双下肢 Babinski 征 (-)。既往健康, 每年参加该单位举办的运动会长跑项目并获奖, 性格开朗, 无精神病史。辅助检查: 头 CT 未见异常, 心电图偶发室早, 血分析、肝功、肾功、心肌酶谱未见异常; 动态心电图: 室早 6367 个, 心率变异 SDNN 31.62 ms, SDANN 30.28 ms, rMSSD 42.16 ms; 诊断职业性急性轻度中毒性心脏病 (溴甲烷), 给予对症治疗。

2007 年 11 月初, 单位与其协商出院事宜, 11 月 8 日晨起患者因情绪波动后, 心悸, 逐渐四肢僵直, 抖动, 双手紧握拳, 拇指内扣, 双目紧闭, 有眼泪溢出, 初期呼吸粗重, 随后反复屏气。心电图: 窦性心动过速。立即予吸氧, 地西泮 10 mg 加入 5% 葡萄糖液 250 ml 静脉滴注, 15 min 后缓解入睡。之后 1 周内又有 2 次类似发作, 11 月 20 日出院。2007 年

12 月 22 日再次入院,前 3 个月内反复上述类似发作共计 11 次,最多 1 日发作 2 次,地西洋逐渐加量至 20 mg 静脉注射,20 mg 加入静脉滴注,同时针刺合谷、人中穴,最长 60 min 后方缓解,清醒后相关记忆模糊,并伴四肢无力,胸闷,头晕头痛加重,1~4 d 后逐渐好转。经给予心理疏导和对症治疗,随后 8 个月共有 2 次发作,并有 2 次“欲发作”,即感觉头痛,心悸,四肢肌张力增高,略抖动。立即吸氧,予地西洋 5 mg 口服,20 min 后逐渐缓解,未发展至前述样表现。2009 年 2 月发作 1 次,2010 年 1 月发作 1 次,随后出院,随访未再有发作。

3 讨论

3.1 病因探讨

癔病的发病机制目前还不清楚,主要有两种看法:(1) 原始应激现象;(2) 有目的反应^[5]。中毒后癔症样发作目前倾向于精神障碍中的类神经症,以苯、甲苯、汽油等急性中毒为多见^[6]。相关病例报道中的临床表现以抽搐发作为主,也有大规模“流行性癔病”的多样性,但患者发病时的症状和所接触化学物质应具有的临床症状及发病规律并不完全符合,目前考虑可能与环境因素和心理因素有关^[2-4,7,8]。

本组病例发作原因考虑与以下因素有关:(1) 生活预期:主要为生活规律和方式改变,尤其女性由工作、家务等生活方式改为住院,有短暂的不适应性;(2) 认识预期:表现为对中毒本身认识不足,过度恐惧,对自然疾病患者一般有先前的“视闻”上的“预刺激”,对疾病有一定的了解,而对中毒结果(预后)不得而知,往往过度担心;(3) 治疗预期:部分中毒的治疗时期与自然疾病比较,观察期长,如 CO 中毒,一定程度上增加了病人的忧虑;(4) 健康预期:患者中毒后产生了躯体的不适症状,并随着情绪的波动反复加重,从而焦虑不安;(5) 经济预期:部分病人,尤其临时工,对治疗费用及将来工作前景充满焦虑。有些用人单位对患者治疗费用提供不充足或不及时更易引发患者情绪波动。

本组病例进行了多项辅助检查,可基本除外相关的器质性疾病。本组病人动态心电图的心率变异相关数据较正常值降低,而心率变异(SDNN, SDANN, rMSSD)反映自主神经系统交感神经活性与迷走神经活性及其协调平衡关系,降低表明本组中毒患者多合并有自主神经功能异常,这种异常可以导致患者临床症状多变,延长了治疗过程,一定程度上增加了患者和家属的焦虑感。是否与癔症样发作有直接因果关系,仍需观察。

3.2 临床特点

中毒后癔症样发作与常见的癔病有差异:(1) 以女性为主,且高于常见癔病的性别比(女:男=8:1)^[5];(2) 年龄在 40 岁左右,而常见的癔病在 20~30 岁^[5];(3) 诱因以情绪波动常见,其他有闻到“异味”如吸烟烟雾、汽车尾气等,有惊吓如突然关门声等均可诱发发作;(4) “泛发”现象,由原来一种因素诱发扩大到多种因素,诱发“阈值”逐渐降低。如 1 例苯中毒患者症状好转后,再次回原岗位闻到苯系物气味后(浓度非常低,其他人无异常),即觉周身麻木,无

力,瘫软在地上,“120”急救车送回医院,后逐渐闻到汽车尾气,甚至闻到炒菜油烟味后也会发作;(5) 多有前驱症状,如胸闷、心悸、头晕、头痛等,且发作过程表现为渐进,如下蹲,然后倒地,抽搐;(6) 临床症状以运动障碍为主;(7) 发作时间一般持续 10~60 min;(8) 镇静药物或安慰剂等治疗有效,心理治疗和药物治疗可以减少发作乃至痊愈,在“欲发作”时治疗有效;(9) 发作后 0.5~7 d 多无力、胸闷、头痛等症状;(10) 多合并有抑郁和/或焦虑状态,部分患者合并失眠症。

3.3 治疗及预后

治疗措施:(1) 积极治疗原发病;(2) 心理治疗,包括予患者耐心并详细对中毒相关内容进行解释,及时解答患者的疑问;告知所发作的相关症状是可以治愈的;(3) 药物治疗:予镇静药物,常用地西洋等;抗抑郁和/或焦虑药物,常用黛力新或路优泰等;安慰剂如维生素、钙剂等。

本组病例预后良好,大部分病例 1 周~10 个月后未发作,1 例约 2 年逐渐缓解。

3.4 探讨

3.4.1 命名 中毒后癔症样发作的命名目前尚无统一看法,同时为了区别“癔症”,目前多以“癔症样发作”为表述,或命名为“癔病综合征”^[2,3,6]。但带有“癔症”或“癔病”字样的表述易增加诊治时的难度,有时引发患者及家属的不满或不认同从而加重病情及引发其他矛盾。有命名^[5]为“赔偿性神经症”(以一定的经济目的为主因),因病情及相关因素本身复杂多变,且部分患者在初期发病时单位、家庭等方面均给予了充分关爱和保障,患者仍有反复发作,同时“赔偿性神经症”的表述可能增加患者及家属的反感及忧虑,不利于本身治疗。所以是否可引述如“中毒相关性神经症”或“中毒后心因性神经症”等表述。对于接触毒物未达到中毒诊断标准或未曾接触到的,同时又是群体发病,目前多诊断“群体性癔症”或“流行性癔病”^[7,8],患者及家属乃至部分人群因有“较重的临床表现”往往对此诊断结果持质疑态度,所以可否表述为“接触某化学物心因性神经症”或“心因性神经症”等。不过,我们需要对患者强调该神经症的定义和其可治愈性的特点,以免增加诊断后的复杂后果。当然,“癔病”本身其实也是一种疾病,不存在主观故意,但涉及毒物时,仍需慎重。

3.4.2 病因 中毒后癔症样发作目前未发现相关器质性改变。Calter 和 Reed^[5]针对癔病人群的长时间医学跟踪发现,约 1/3 患者后来发现具有相关器质性改变,无改变的病例中有部分诊断为精神疾病及抑郁症等。中毒后癔症样表现是否因中毒直接导致或是间接诱发还有待于进一步探讨研究。

参考文献:

- [1] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2776-2778.
- [2] 张恒东. 急性中毒诱发癔症样发作病因探讨 [J]. 中国工业医学杂志, 1999, 12 (1): 40.
- [3] 刘文生, 张凤林. 轻度丙烯腈中毒诱发癔症样发作 [J]. 中华全科医师杂志, 2005, 4 (7): 428.

- [4] 刘扬, 刘钊, 刘建额, 等. 四例急性混合苯中毒临床报告 [J]. 中华预防医学杂志, 2001, 35 (6): 365.
- [5] 沈渔邨. 精神病学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 611-616.
- [6] 何凤生. 中华职业医学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 17-48.
- [7] 苏普玉, 陶芳标, 孙承业. 等. 中国 1995—2004 年学校群体性癔症的流行特征 [J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28 (3): 301-304.
- [8] 张华, 孙建岭, 张松泉. 一起群体性癔病的报告分析 [J]. 职业卫生与应急救援, 2008, 26 (2): 105.

舒利迭对尘肺合并中重度慢性阻塞性肺病疗效分析

Analysis on therapeutic effect of seretide on moderate or severe COPD in pneumoconiosis patients

宿文革, 陈子平, 菅向东

SU Wen-ge, CHEN Zi-ping, JIAN Xiang-dong

(泰山医学院附属莱钢医院劳动卫生职业病防治科, 山东 莱芜 271104)

摘要: 选择 63 例急性期尘肺合并慢性阻塞性肺病 (COPD) 患者, 随机分为试验组和对照组。两组以同期别同等病情住院期间接受常规基础治疗 (吸氧、抗感染、止咳祛痰、氨茶碱解痉平喘)。试验组将基础治疗中的氨茶碱改为舒利迭吸入治疗, 连续 3 个月, 观察两组肺功能、动脉血气分析, 作统计学分析。试验组患者肺功能及血气分析指标于治疗前后有明显差异 ($P < 0.05$), 且无明显不良反应。说明舒利迭能有效改善尘肺合并中重度 COPD 急性加重期患者肺功能及血气分析指标, 提高患者的生命质量。

关键词: 舒利迭; 尘肺; COPD; 肺功能; 血气分析

中图分类号: R135.2 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2011)06-0430-03

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是尘肺患者常见、主要的并发症。《慢性阻塞性肺疾病全球防治指南》(GOLD) 将 COPD 定义为以气道不完全可逆性气流受限为特征的疾病, 并将肺功能检测列为 COPD 诊断的金标准。舒利迭 (Seretide, 通用名: 沙美特罗丙酸氟替卡松粉吸入剂) 为吸入型长效 β_2 -受体激动剂沙美特罗 (SU) 和吸入型糖皮质激素丙酸氟替卡松 (FP) 的联合吸入制剂。两者协同药理作用^[1-2] 用于可逆性阻塞性气道疾病的常规治疗已取得肯定疗效。用于尘肺合并 COPD 患者, 其临床效果是否与其他疾病导致的 COPD 患者疗效一致, 我们作了本次疗效观察。结果表明通过吸入舒利迭治疗尘肺合并中重度 COPD 急性加重期, 患者肺功能及血气分析各项指标有明显改善, 疗效稳定。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2009 年 8 月—2010 年 2 月因尘肺合并 COPD 急性加重期在我院住院的 63 例患者, 随机分为试验组 (30 例) 和对照组 (33 例)。其中男性 57 例、女性 6 例。两组在性别、

年龄、基础疾病严重程度差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。尘肺合并 COPD 患者均符合 GBZ70—2002 《尘肺病诊断标准》及 2007 年中华医学会呼吸病学分会 《COPD 诊治指南》^[3], 且具备以下条件: (1) 属于尘肺合并中重度 COPD 患者; (2) 2 周内未使用皮质激素类药物, 设计治疗前停用长效支气管扩张剂 48 h, 停用短效支气管扩张剂 24 h; (3) 排除气管狭窄、肿瘤、严重心脑血管疾病、糖尿病、结缔组织病、肝肾疾病及依从性差, 未能坚持完成设计治疗疗程的患者。

1.2 治疗方法

对照组患者急性期接受吸氧、抗感染、止咳祛痰、氨茶碱解痉平喘常规基础治疗, 一个疗程为 7~14 d。试验组在上述基础治疗中将氨茶碱改为舒利迭吸入治疗, 每次 1 吸 (50 μ g 沙美特罗和 500 μ g 丙酸氟替卡松), 每日 2 次。两组设计疗程均为 3 个月。

1.3 观察方法

两组患者治疗前的一般情况差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。肺功能测定采用德国耶格公司生产的 MasterScreen 肺功能仪, 于设计疗程治疗前和疗程完毕后 1 个月检测患者肺功能并抽动脉血送检血气分析。观察治疗前后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC、MVV、RV/TLC、PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 各参数值变化。

1.4 疗效评定标准

临床疗效评价按 1998 年 WHO 分级评定标准分为完全缓解 (CR): 胸闷、喘憋、咳嗽、咳痰、发绀基本消失, 肺部啰音基本消失; 部分缓解 (PR): 上述症状和体征均有不同程度的改善, 但未达到基本消失; 稳定 (NC): 与治疗前比较无明显改善; 进展 (PD): 病情较治疗前进一步加重。CR + PR 为总有效率。疗效分布两组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

1.5 统计分析

计量资料采用 SPSS13.0 软件包, 各组结果以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般情况

收稿日期: 2011-06-15; 修回日期: 2011-08-17

作者简介: 宿文革 (1966—), 女, 副主任医师, 从事职业病临床研究。